**第20回緩和医療に関する集中セミナーin香川**

開催日時 ：平成３０年９月１５日（土）９：００～１２：３０

開催場所 ：高松国際ホテル 讃岐の間(本館２階)

参加申込書

**送　信　先**  ：**香川大学医学部学務課**

**E-mail：ganpro＠med.kagawa-u.ac.jp**

**Fax： 087-891-2076　（医学部内線Fax 2063）**

**申 込 期 限**： **平成30年9月10日（月）**

※申込受信後、受付完了のご連絡は差し上げておりません。お間違えのないようご送信ください。

※定員に達しましたら申込期限前でも受付を締め切らせていただく場合があります。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

**貴施設名**

**電話番号**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属部署 | フ　 リ 　ガ　 ナ  氏　　　　　名 | 職　種 |
| 代表者に〇印 | フリガナ |  |
|  | フリガナ |  |
|  | フリガナ |  |
|  | フリガナ |  |
|  | フリガナ |  |

**※**複数名でお申込の際は、**代表者のお名前に○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| **連絡事項 等** |
|  |

**※**受講証にお名前を印字しますので、氏名は**楷書で正確に**ご記入願います。